

Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento

Noris Moreno-Flagge

Objetivos. Se revisan los trastornos del lenguaje en el niño. Partiendo de su desarrollo normal, se provee un diagnóstico diferencial de acuerdo con la sintomatología que presenta en el momento de la consulta y se sugiere un abordaje para el niño con alteraciones del lenguaje desde el punto de vista del neuropediatra a la vez que se actualiza el manejo de algunas de sus formas.

Desarrollo. La adquisición del lenguaje es uno de los hitos clave del desarrollo del niño. El desarrollo social e intelectual del niño se ve afectado por el retraso en la adquisición del lenguaje y éste puede crear un efecto continuo de aislamiento y regresión, que pasa hacia un rendimiento académico pobre y, eventualmente, lleva hacia el desarrollo de problemas de aprendizaje y sociales. Existen estudios que muestran una relación estrecha en el niño entre el desarrollo del lenguaje hablado y el lenguaje escrito y la importancia de la adquisición del lenguaje como base de las habilidades de la escritura. Estos problemas son causa de mucha ansiedad en los padres.

Conclusión. El conocimiento del problema permite al especialista captar tempranamente a los niños en la etapa preescolar y asegurarse de que provee los servicios adecuados. Tratado a tiempo, se puede modificar, de manera significativa, el aprendizaje del lenguaje y, con ello, evitar las complicaciones que inciden en su desarrollo. El especialista que trata con niños debe reconocer estos problemas y canalizarlos hacia la terapia adecuada.

Palabras clave. Aprendizaje. Diagnóstico diferencial. Hitos del desarrollo. Lenguaje. Neuropediatra. Terapia.

Servicio de Neuropediatría.
Hospital del Niño. Panamá,
República de Panamá.

Correspondencia:

Dra. Noris Moreno de Flagge.
Apdo. 0819-00480. El Dorado,
Panamá, República de Panamá.

E-mail:

norismflagge@hotmail.com

Declaración de intereses:

La autora manifiesta la
inexistencia de conflictos de interés
en relación con este artículo.

Aceptado tras revisión externa:
10.06.13.

Cómo citar este artículo:

Moreno-Flagge N. Trastornos del
lenguaje. Diagnóstico y tratamiento.
Rev Neurol 2013; 57 (Supl 1):
S85-94.

© 2013 Revista de Neurología

Introducción

El lenguaje hablado es el código de la comunicación humana y, en sí, la caracteriza como una función compleja superior que nos permite comunicarnos con nuestra especie. A través del lenguaje, se transmiten ideas, emociones, pensamientos, proyectos. Desde el punto de vista del desarrollo del niño, el lenguaje tiene funciones importantes: es un instrumento fundamental del pensamiento y de la acción, actúa como factor regulador de la conducta y es un medio de acceder a la información y a la cultura. El desarrollo del lenguaje es un proceso complejo. Se sustenta en una estructura anatomofuncional genéticamente determinada y por la influencia verbal del medio donde se desarrolla [1,2].

El comportamiento humano consiste en respuestas a estímulos internos y externos; en el caso del lenguaje, los aspectos receptivos y expresivos pueden medirse, pero debe haber un componente central o procesamiento que permite al individuo recibir varios estímulos, interpretarlos, memorizar las sensaciones y, entonces, seleccionar una respuesta adecuada. Todo esto está modulado por una influencia genética y cultural o ambiental.

Para desarrollar el lenguaje, el niño debe ser capaz de oír, ver, entender y recordar. Los trastornos de audición (receptivo) y del habla (expresivo) pueden afectar al lenguaje, pero si hay un problema en el procesamiento el problema de lenguaje es muy probable que sea grave (Fig. 1).

El lenguaje receptivo se refiere a la habilidad de entender y el lenguaje expresivo, a la capacidad de producir una comunicación simbólica (con palabras y oraciones).

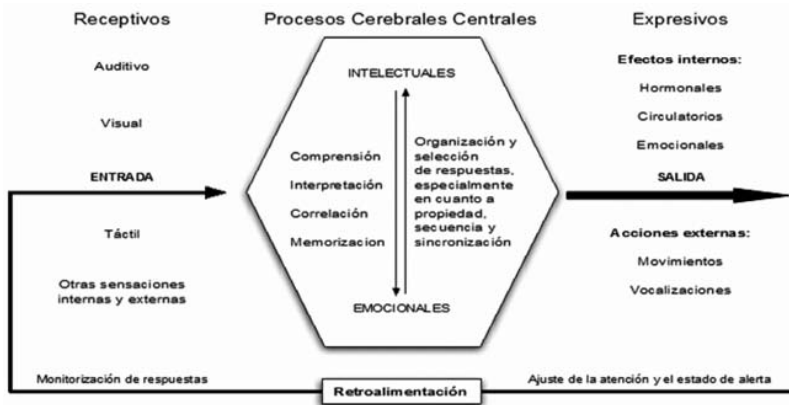
Definición

De acuerdo con Roch Lecours et al [3], el lenguaje es 'el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales de acuerdo con una convención propia de una comunidad'.

Epidemiología

En niños escolares sin signos de trastornos neurológicos ni genéticos, la prevalencia de trastornos del lenguaje es del 2-3%; la prevalencia de trastornos

Figura 1. Procesos cerebrales centrales en cuanto al lenguaje.



del habla es del 3-6% [4,5]; por su parte, la prevalencia en edad preescolar es mucho más alta, del 15%. Algunos niños tienen ambos problemas. Los problemas de lenguaje son más frecuentes en niños que en niñas y en aquellos que tienen una historia familiar de retraso de lenguaje o habla, y problemas de lectura.

Bases neuroanatómicas

La estructura citoarquitectónica de las áreas del lenguaje en el cerebro es muy complicada [1,5-7]. Es bien sabido que en la corteza perisilviana izquierda, que incluye el área de Broca y Wernicke, es donde se asientan las áreas corticales primaria, secundaria y terciaria del lenguaje en el 85% de la población. Sin embargo, en el proceso de integración del lenguaje participan además el tálamo, los ganglios de la base, la corteza prefrontal, el área motriz suplementaria y la corteza límbica de ambos hemisferios. Las funciones de prosodia y adecuación comunicativa se encuentran en el hemisferio derecho, en la región perisilviana. Para el funcionamiento de la lectoescritura, se requiere, además, el buen funcionamiento de la región calcarina y sus áreas de asociación visual [7].

De acuerdo con Damasio [8], existen tres sistemas principales que sustentan funcionalmente el lenguaje:

- *Sistema operativo o instrumental*: comprende el área de Broca y el área de Wernicke.
- *Sistema semántico*: abarca grandes extensiones corticales de ambos hemisferios.

- *Sistema intermedio*: sirve de mediación entre los dos anteriores y se ubica alrededor del sistema instrumental.

Desarrollo del lenguaje

Se han elaborado diferentes teorías que tratan de explicar el desarrollo del lenguaje, pero se plantean argumentos encontrados, desde las que hablan de la tendencia innata del individuo de adquirir el lenguaje [9] hasta las teorías constructivistas de Piaget [10], quien preconiza que el desarrollo del lenguaje está condicionado al desarrollo de la función representativa o funcional, cuando el niño, mediante el juego, imita. Luego está la teoría conductista de Skinner [11], que sostiene que el lenguaje tiene un poder mediador en el desarrollo del pensamiento y que el dominio del lenguaje representa el proceso final del pensamiento. La teoría neurolingüística de Luria, en 1962, recogida por Bruner [12] sostiene que las operaciones mentales y el lenguaje se desarrollan en conjunto y que se da sólo mediante el proceso de la socialización y el intercambio cultural.

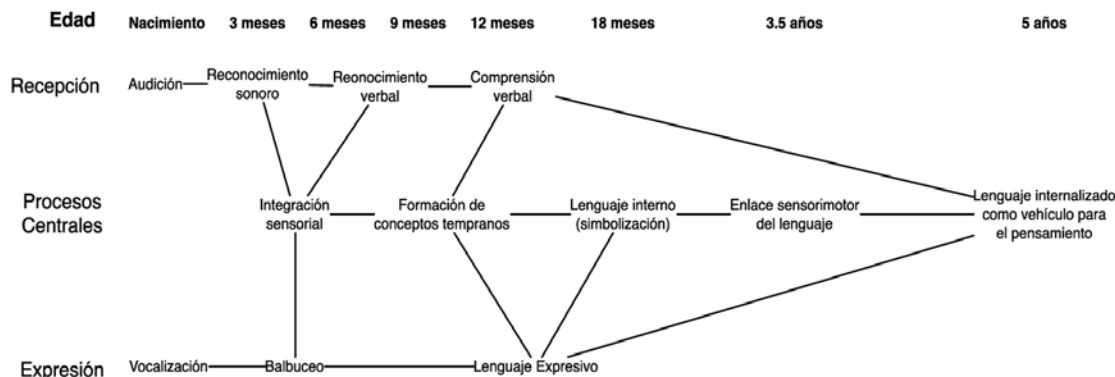
Así pues, para su conformación y desarrollo, el lenguaje necesita una influencia biológica y cultural, de tal forma que no se puede concebir separado de lo social, motriz o cognitivo. En el hogar donde se desarrolla el niño debe haber personas con lenguaje más avanzado, comprometidas afectivamente con el niño en actividades conjuntas, que estimulen, en la fase de aprendizaje, el juego interactivo entre ellos [13]. El desarrollo del lenguaje debe darse sobre una base afectiva que cree vínculos de relación entre el niño y los adultos relevantes de su entorno. En la estimulación mutua es en la que se basa su desarrollo. Si esta relación afectiva y comunicativa no se da en ese período del desarrollo del niño, podría presentar dificultades para desarrollar la comunicación y el lenguaje. Los retrasos del lenguaje, los problemas sensoriales y el autismo se deben tratar de modo temprano en el hogar.

En resumen, la capacidad de hablar reside en el sistema nervioso y requiere que el niño sea expuesto al lenguaje y que posea el equipo biológico necesario para descodificarlo y producirlo.

El desarrollo del lenguaje se inicia desde que el niño nace y se consolida en torno a los 5-6 años [7]. Está dividido en dos etapas, la prelingüística y la lingüística, que se separan por el inicio de las primeras palabras [4] (Fig. 2).

Durante el desarrollo normal, el reconocimiento de sonidos, que se logra a los 3 meses, se sigue pocos meses después del reconocimiento verbal. Re-

Figura 2. Representación diagramática del desarrollo del lenguaje (Reynell, 1969).



conoce palabras familiares y luego se integra la comprensión y el significado de éstas, lo que indica que el proceso central esencial está funcionando de manera adecuada. El niño va a aprender a reproducir sonidos o palabras si las oye con claridad y frecuencia y si las asocia con otras sensaciones agradables que tienen un significado para él.

El desarrollo del lenguaje expresivo discurre paralelo al desarrollo del lenguaje comprensivo, en condiciones normales. El desarrollo verbal dependerá no sólo de los requisitos instrumentales (audición, motricidad fonoaudiológica) y del aspecto cognitivo, sino del desarrollo de los componentes formales del lenguaje (fonología, léxico y sintaxis) y funcionales (semántica-significado) y la pragmática (uso contextualizado y social) [7,13]. En la tabla se muestra el patrón de desarrollo del lenguaje de niños de 0 a 6 años, teniendo en cuenta que puede haber variaciones de acuerdo con el entorno.

El trastorno de expresión del lenguaje se puede hacer notorio antes de los 3 años, entre los 18 meses y los 3 años y con ello la preocupación de los padres. Sin embargo, entre los 3-5 años, el niño se lleva al médico porque no habla o habla poco, o no lo entienden o no atiende. A partir de los 5 años, la escuela es la que lo refiere al especialista por problemas similares. De los 4 a los 7 años, es un período crítico cuando se define la dirección del lenguaje. El niño desarrolla un lenguaje normal o puede permanecer con un retraso del lenguaje significativo, con los consecuentes problemas de socialización o aprendizaje. Estos retrasos pueden ser aislados o presentarse como signo de un trastorno más amplio, como el autismo o el retraso mental.

Clasificación de los trastornos del lenguaje

Un estudio pionero de Ingram, en 1972, propuso ya un espectro de afecciones que varían desde los trastornos específicos del lenguaje por un lado hasta el autismo por otro [14]. A lo largo del siglo pasado, se puso énfasis en el estudio de las alteraciones que presentaban los niños en su desarrollo del lenguaje. En un inicio, se centraron en aquellas que perturbaban la voz y el habla. En la siguiente fase, con el auge de la lingüística, el enfoque se centró en el estudio de estructuras semánticas, gramáticas y en la sintaxis. Al final del siglo, con el enfoque pragmático, se pretendió situar su desarrollo en el marco de la comunicación y de las interacciones sociales.

En relación con el código lingüístico, podemos diferenciar cinco niveles:

- *Fonológico*: este nivel comprende los fonemas (rasgos distintivos articulatorios y acústicos) y la prosodia (hechos lingüísticos suprasegmentales).
- *Morfológico*: ordenamiento lógico gramatical.
- *Sintáctico*: organización secuencial de los enunciados y reglas que rigen la lengua.
- *Semántico*: desarrollo de los significados, base relacional del lenguaje.
- *Pragmático*: efectos esperados y buscados de los enunciados sobre el interlocutor y medios específicos utilizados en la comunicación. Un enunciado dirigido a un interlocutor apunta a un objetivo general o particular que puede precisarse. Alcanzamos así la articulación funcional del lenguaje.

La relativa independencia entre los conceptos de comunicación y lenguaje nos permite efectuar una

Tabla. Principales hitos en el desarrollo del lenguaje y signos de alerta de según la edad.

	Lenguaje receptivo	Lenguaje expresivo	Signos de alerta
0-1 mes	Se calma con la voz de la madre	Llora	Llanto extraño (trastorno genético)
2-4 meses	Muestra claro interés en las caras	Sonrisa social, ríe a carcajadas	Ausencia de la sonrisa social
6 meses	Responde al nombre	Balbucea, vocaliza	No vocaliza ni balbucea
9 meses	Entiende rutinas verbales ('adiós')	Señala, dice 'ma-má'	No dice 'ma-má' ni 'pa-pá'
12 meses	Sigue un comando verbal	Dice tres palabras con significado ('mamá', 'papá', 'agua')	Pierde habilidades ya desarrolladas
15 meses	Señala partes de su cuerpo	Aprende más palabras	No señala ni utiliza tres palabras
18-24 meses	Reconoce partes de su cuerpo. Cumple órdenes verbales simples	Usa frases de dos palabras. Conoce su nombre	No sigue instrucciones simples, no dice 'mamá' ni otros nombres. No reconoce partes de su cuerpo, no dice al menos 25 palabras
24-36 meses	Cumple órdenes verbales complejas	Formula frases de tres palabras. Pregunta '¿qué?'	No usa frases de dos palabras. No sigue instrucciones de dos pasos
36-48 meses	Comprende las acciones	Pregunta '¿por qué?'	Usa palabras incorrectas o sustituye una palabra por otra
48-60 meses	Comprende todo lo que se dice	Habla con oraciones completas. Dice cuentos	No habla correctamente
6 años	Cumple órdenes de todo tipo de complejidad	Lenguaje completo	No habla correctamente

clasificación de acuerdo con la competencia comunicativa y la competencia lingüística. Podemos encontrar individuos con alteración del lenguaje oral, pero no en la comunicación; individuos con alteraciones en la comunicación y no en el lenguaje, al menos en algunos de sus componentes, y otros en los que tanto la comunicación como el lenguaje oral están inadecuadamente contruidos o desarrollados.

La clasificación de los trastornos del lenguaje de acuerdo con el motivo de consulta sigue pareciendo práctica y didáctica a la autora [4,15,16].

El niño que tarda en hablar

Descartamos primero las causas que no alteran la comunicación, como el retraso simple del lenguaje.

En este caso, el niño manifiesta una buena comprensión y una evolución del lenguaje similar a la de los niños normales, pero con una tardanza en la adquisición de éste. Puede ocurrir esto en los gemelos. Otra causa es el bilingüismo en la familia. Es imprescindible descartar una hipoacusia, sobre todo en niños con factores de riesgo, infecciones respiratorias, otitis media de repetición.

En la edad preescolar, las alteraciones del desarrollo de las funciones ejecutivas superiores se presentan con frecuencia como un desarrollo inadecuado del lenguaje. En este grupo de niños, el diagnóstico diferencial debe hacerse con sordera, retraso mental, disfasia o trastorno específico del lenguaje (TEL) y autismo.

Disfasia

La disfasia se considera uno de los trastornos del desarrollo del lenguaje de causa no definida, aunque se considera de causa genética familiar y probable multifactorial.

Debemos pensar en ella una vez que hayamos constatado que el niño tiene inteligencia normal, sin daño neurológico demostrable, que no presenta sordera y que no se le ha privado de estímulos. A veces, puede ser difícil diferenciarlo del retraso simple del lenguaje y la gravedad del cuadro parece ser el criterio más adecuado, ya que en la disfasia, aparte de adquirir el lenguaje tardíamente, éste es deficiente en su forma, fonética y estructural. Siempre se describirá en él un problema de comprensión. Su pronóstico es variable y pueden darse casos que se recuperan por completo y otros que lo hacen más adelante y que afectan de manera significativa al aprendizaje. Rapin, Tuchman y Allen [17-20] han descrito seis subtipos de TEL en niños preescolares, basándose en sus aspectos fonológicos, morfológicos, sintácticos, semánticos y pragmáticos. Pueden tener características de comportamiento y lingüísticas muy parecidas al autismo, pero los diferenciaremos por su capacidad de socializar. Rapin y Tuchman [17] han descrito muy bien las características diferenciales entre el autismo y la disfasia. Ambos se consideran síndromes definidos del comportamiento y no enfermedades.

Autismo

El autismo se considera el prototipo de los trastornos de la comunicación en el niño. Se caracteriza por actitudes e intereses repetitivos y estereotipados, déficit en la interacción social y del uso del lenguaje. Se inicia antes de los 3 años. Desde muy tem-

prano, los niños tienen falta de contacto visual como manera de comunicarse o demostrar emociones, no comparten la atención y tienen falta de imaginación en los juegos. Esto facilita su diagnóstico en torno a los 18 meses.

El motivo de consulta más frecuente del niño autista es el retraso del lenguaje. No obstante, una intervención temprana puede modificar el autismo de manera significativa. Así, se debe profundizar en la evaluación de la conducta social de un niño de 2 años que no ha iniciado lenguaje [21].

Allen y Rapin encuentran que los tipos de alteraciones del lenguaje en los preescolares autistas son los mismos que los subtipos descritos en el TEL, excepto que el trastorno puramente expresivo no se da en los autistas. Dentro de esta patología, podemos encontrar toda una gama de problemas del lenguaje, desde la ausencia completa de lenguaje hasta un lenguaje desenvuelto, aunque con ecolalia, variaciones en la prosodia, fonología y comprensión. Según Rapin, el lenguaje autista se clasifica en dos vertientes: una desenvuelta, con alteraciones de la prosodia y la comprensión, y otra no desenvuelta, por la cual se comportan como mudos o sordos o con alteración grave en la comprensión [22].

Como bien señala Bishop [23], no siempre es fácil establecer los límites del autismo. Prácticamente, todo síntoma característico del autismo puede verse en pacientes que no por ello tienen autismo, tal es el caso de los otros trastornos generalizados del desarrollo, como el síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo de la niñez, que vamos a identificar por su carácter regresivo y, en el caso del síndrome Rett, por sus marcadores genéticos y alteraciones electroencefalográficas. El síndrome de Rett lo identificamos de manera temprana por su clínica de características estereotipias de lavado de las manos, y el trastorno desintegrativo de la niñez, por su inicio tardío.

El síndrome de Asperger es un sinónimo de autismo de un tipo menos grave. Su lenguaje, aunque sofisticado, presenta déficit pragmático con dificultad para entender chistes, dobles sentidos y sutilezas del lenguaje.

En la edad preescolar, debe diferenciarse el autismo de bajo funcionamiento del retraso mental una vez se ha descartado la sordera y, si el autismo es de alto funcionamiento, se debe diferenciar de los niños con disfasia o TEL. Por su parte, en los niños mayores, los adolescentes y los adultos jóvenes permanece el retraso mental como diagnóstico diferencial con los autistas de bajo funcionamiento.

Otro trastorno que debe considerarse es el semántico-pragmático. Estos niños adquieren el len-

guaje tarde, luego hablan de forma fluida, pero con una verbosidad excesiva. Su vocabulario es a veces muy extenso, sofisticado y formal y, en ocasiones, sumamente especializado (por ejemplo conocen todos los nombres de los dinosaurios), les faltan las habilidades semánticas requeridas para una conversación de intercambio, otras veces hablan por hablar. Las habilidades fonológicas y sintácticas están conservadas, pero la comprensión está afectada en varios grados. Les faltan las habilidades pragmáticas y no conocen las reglas del lenguaje que les permiten esperar su turno, mantener un tema de conversación o reconocer el momento de cambiar de tema. A menudo, tienen problemas con la prosodia. Este síndrome se ve en niños autistas de alto funcionamiento pero, también, en niños con hidrocefalia, en especial si tienen mielomeningocele. Se ve además en trastornos genéticos como el síndrome de Williams y en niños con retraso mental.

Las bases neuroanatómicas de este síndrome se desconocen y se relacionan con la afasia del adulto donde la comprensión está afectada, específicamente la afasia sensorial transcortical. En el caso de la hidrocefalia, se relaciona con un síndrome de desconexión, que tiene en cuenta la agenesia del cuerpo calloso o la delgadez del mismo en los casos de hidrocefalia. La alteración de la prosodia y la pragmática sugiere una alteración del hemisferio derecho además de la disfunción del hemisferio izquierdo.

Se presenta la controversia de si es un trastorno o un síndrome aparte. Bishop sugiere utilizar el término 'trastorno específico semántico-pragmático' para niños que no son autistas pero que en un principio presentan un cuadro de retraso del lenguaje y deficiencias en el lenguaje receptivo, y que después aprenden a hablar con claridad y con frases complejas, con anomalías semánticas y pragmáticas que se van haciendo cada vez más obvias a medida que su competencia verbal crece. Rapin, sin embargo, considera que un niño puede tener un trastorno semántico-pragmático y no cumplir necesariamente los criterios del autismo.

Otra condición para diferenciar de las dos anteriores es el retraso mental, considerando que la mitad de los niños que consultan por retraso del lenguaje están afectados por el mismo [14]. En el niño deficiente mental, hay un retraso en la maduración neurológica y sensorial que se traduce en dificultades en la percepción auditiva y visual, es decir, hay una incompetencia cognitiva, lo que supone una incapacidad para procesar gran cantidad de información de manera eficaz y para programar conductas que favorezcan una adaptación social favorable [22]. Sabemos también que no existe una determi-

nación exacta entre el grado de retraso mental y el tipo de trastorno del lenguaje. Se observa un retraso en el inicio de la actividad verbal, una lentitud o imperfección en la organización del lenguaje, con una estructuración donde hay ausencia de artículos y preposiciones, alteraciones en la conjugación verbal y uso insuficiente y erróneo de adjetivos y adverbios, parecido al de los niños sanos en edades más tempranas. También hay deficiencias en el contenido del lenguaje, pobreza conceptual y semántica y una limitada comprensión de la palabra, que se hacen más notorias en la medida en que la edad, la educación y las pautas sociales aumentan las exigencias; es decir, las anomalías morfosintácticas y fonológicas son habitualmente cronopáticas, mientras que los aspectos semántico-pragmáticos son los que se ven afectados en su mayoría en el retraso mental [24]. Los síntomas del retraso lingüístico variarán según se trate de deficiencias mentales profundas o leves.

¿Se puede diferenciar y diagnosticar el autismo antes de los 3-4 años como es lo habitual? Los niños que hablan tarde usualmente los vemos a los 2-3 años, cuando los padres comienzan a preocuparse. Parecen estar desarrollándose bien de otra forma, pero no hablan o desarrollan el lenguaje con mucha lentitud y, si además tienen dificultad en la comunicación, puede ser muy difícil diferenciarlos de los TEA y los TEL. Hasta hace poco, nos basábamos en los estudios de Rutter [25] para diferenciar los TEA de los TEL. En sus estudios, llevados a cabo en niños en edad escolar, Rutter destaca que los niños con TEA y los niños con TEL mostraban habilidades no verbales similares y los mismos grados de desarrollo gramatical. Demostró que es posible tener un trastorno grave del lenguaje receptivo sin ser necesariamente autista. Sin embargo, los niños con TEA mostraban mayor afectación en el lenguaje receptivo, mayor afectación en las alteraciones del lenguaje como la ecolalia y mayor déficit en la comunicación no verbal, como el uso de gestos, y mayor problema en el uso del lenguaje pragmático que los TEL. En los últimos años, se han desarrollado muchas investigaciones tendientes a diferenciar de manera más temprana estos problemas, basándose sobre todo en los programas de estimulación temprana [26,27]. Estamos evaluando a los niños mucho antes de que desarrollen el lenguaje y debemos estar preparados para diferenciarlos. Esto se complica por la condición misma de cambio durante el desarrollo. Rhea et al [26] demostraron que los niños con TEL pueden parecer poco interesados en interactuar, puede que usen poco el contacto visual para regular la comunicación, son poco capaces de

esperar su turno, y menos capaces de iniciar una comunicación que los niños de su edad con una comunicación normal. Estos signos pueden levantar la sospecha de autismo; sin embargo, como se describe en este estudio, aunque en los dos hay problemas receptivos y expresivos, los niños con TEL son más capaces de responder de un modo más natural al lenguaje y tienen problemas receptivos menos graves o iguales que sus problemas expresivos. Los niños con TEA son más propensos a ser tener una calificación baja en el comportamiento del lenguaje receptivo, y en el juego estructurado son peores de lo que se esperaría por su capacidad de expresión. Además, los niños con TEL comparados con autistas de su misma edad son más capaces de demostrar juegos imaginativos y usar gestos convencionales para comunicarse aun cuando no sean tan avanzados como los de los niños con desarrollo normal.

Carencia socioafectiva

Debe evaluarse siempre la relación del niño con el entorno familiar (ausentismo de los padres, estimulación lingüística pobre) o institucional [28], así como observar la actitud del niño y su lenguaje espontáneo. Esta carencia puede afectar a la inteligencia del niño y su lenguaje formal y pragmático de forma grave y algunas veces irreversible. Es un error pensar que la carencia emocional es sólo de las instituciones. Hay algunas madres que tienen miedo de amar a sus hijos y de cargarlos cuando lloran. Algunas mamá rechazan abandonar sus trabajos para cuidar de sus hijos en el momento que más las necesitan. Se sustituye al cuidador o interlocutor tradicional por una televisión o un videojuego. Se trata de un problema frecuente en nuestros días.

El niño que deja de hablar

Con relación a la detención del lenguaje, ocurre una involución de las funciones adquiridas con deterioro progresivo por causas genéticas o congénitas (enfermedades involutivas) o adquiridas y como secuelas de traumatismo, infecciones o tumores.

Afasia

La afasia es un trastorno del lenguaje adquirido a consecuencia de un daño cerebral que, por lo general, afecta a todas las modalidades, oral y escrita; cada una de las modalidades se puede ver afectada cualitativa y cuantitativamente en modo diferente de manera que conforma grupos sindrómicos, que

pueden coexistir con deficiencias en el procesamiento cognitivo. Por lo tanto, no se reduce a la expresión o comprensión hablada, sino también a la lectoescritura, la alexia y la agrafia. Las capacidades expresivas del lenguaje gestual pueden verse también afectadas así como cualquier otra que use el sujeto como, por ejemplo, el lenguaje de sordomudos o el morse [29]. Pueden incluso presentarse estereotipias, cuando ésta es muy grave, con elementos silábicos que el paciente emite de manera repetida cuando quiere hablar.

Es fácil diferenciarla de la disfasia o de los TEL. Así, cuando hablamos de afasia, hablamos de pérdida de una habilidad adquirida previamente, es decir, una persona que tenía la habilidad de hablar con normalidad la pierde mientras que la disfasia es la falta de aprendizaje del lenguaje en un niño en ausencia de trastorno orgánico, cognitivo, psiquiátrico o ambiental. Sin embargo, puede dificultarse algo cuando se trata de niños muy pequeños de 18-24 meses, que se confunden con trastornos relacionados con la maduración.

Por otro lado, el autismo también puede manifestarse con una regresión del lenguaje, tanto hablado como simbólico. No se encuentran, sin embargo, signos de lesión cerebral en los exámenes practicados a niños autistas o disfásicos.

En cambio, en un niño con una lesión cerebral aguda del hemisferio dominante por un trauma, un tumor, una infección (meningitis, meningoencefalitis) o una isquemia (discrasias sanguíneas), puede correlacionarse la pérdida de lenguaje con la lesión cerebral adquirida. Así, en los niños de mayor edad pueden identificarse los mismos tipos de afasia descritos en el adulto: motora o expresiva (Broca) o sensorial o receptiva (Wernicke), de acuerdo con la ubicación dónde se localice la lesión en el cerebro. Puesto que se trata de un trastorno de la capacidad del cerebro para elaborar el lenguaje, debe tenerse en cuenta que, en la afasia, se ven afectadas todas las modalidades lingüísticas. Aunque la afasia se reconoce en el niño desde hace muchos años, se pensó que los niños solo presentaban afasia de Broca, que se podía recuperar fácilmente. Esto se vio de acuerdo con los estudios de Lenneberg [30], quien supuso que los dos hemisferios podían mediar en el lenguaje hasta la pubertad. Sin embargo, cambió con los estudios de Carter, quien describió que la afasia se presentaba en los niños del mismo modo que en los adultos, en especial con lesiones del hemisferio izquierdo [31]. Ahora se sabe que esta afección es mucho más compleja y que los síndromes afásicos descritos en el adulto, así como en los niños, siguen el mismo patrón de recuperación. Estu-

dios posteriores han demostrado que una mayor plasticidad del sistema nervioso central, más que un grado menor de especialización del hemisferio cerebral izquierdo para el lenguaje, es lo que explica una mejor recuperación de la afasia en los niños, menores de 5 años, que en los adultos [32].

Síndrome de Landau-Kleffner

El síndrome de Landau-Kleffner es otra de las manifestaciones de pérdida del lenguaje en niños de 3-9 años. Se relaciona con manifestaciones epileptogénicas en el electroencefalograma y es más frecuente en los niños que en las niñas. Se conoce además como afasia adquirida con trastorno convulsivo. Sus variantes se han estudiado y se han descrito bien, así tenemos una, de inicio rápido y con un curso fluctuante en las alteraciones del lenguaje, que se recupera de forma rápida; otra, de empeoramiento progresivo tras una crisis epiléptica o episodios repetidos de afasia, de mal pronóstico, y una tercera, de agnosia auditiva verbal, con escasas crisis epilépticas, de instauración progresiva y de recuperación variable [33].

En este tipo de trastorno de la comunicación, el estudio electroencefalográfico es de mucha importancia, así se documenta patológico, la mayoría de las veces, con alteraciones paroxísticas multifocales de punta onda o de predominio temporal y se estabiliza en el curso de la evolución. Durante el sueño, pueden aparecer complejos de punta onda continua que pueden durar de días a años. No siempre se acompaña de manifestaciones convulsivas clínicas y, de hecho, éstas pueden variar en diferentes estudios de 67-90% [24]. En esta patología, no están claros los límites con otras formas de epilepsia parcial benigna rolándica [34].

No se conoce la causa y el pronóstico es variable. Los estudios de neuroimágenes no son de ayuda diagnóstica, ya que resultan normales la mayoría de las veces.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con otros problemas de afasia adquirida, trastornos vasculares cerebrales, encefalitis herpética y, sobre todo, con el síndrome de Rett. El síndrome de Rett, del mismo modo que el autismo y el trastorno desintegrativo de la niñez, puede presentarse con regresión del lenguaje.

Mutismo selectivo

Se trata de niños que no quieren hablar ante determinadas situaciones o personas, en la escuela o a extraños, pero que sí lo hacen con amigos o en casa,

y no tienen ninguna dificultad para hablar o comprender lo que se les dice. Se considera un trastorno emocional o fobia social.

El niño que habla mal

Corresponde a los trastornos del habla:

- *Tartamudez*: es la deficiencia o problema de la fluidez de la palabra más frecuente. Hay que diferenciarla de tics motores como el síndrome de Tourette o de un TEL.
- *Problemas articulatorios*: pueden no tener una causa clara, aunque pueden estar presentes en otros miembros de la familia.
- *Disartria*: trastorno neuromuscular que afecta a la articulación de la palabra. Se da en la parálisis cerebral.
- *Dislalia*: en general, es transitoria y consiste en la dificultad para pronunciar diferentes sonidos, por ejemplo las consonantes.
- *Trastornos de la entonación o el ritmo o trastorno prosódico*: son muy frecuentes en el TEL y el autismo, en especial el trastorno de Asperger.

Trastorno del lenguaje escrito

El aprendizaje correcto de la lectoescritura depende de la capacidad del individuo de decodificar y analizar las letras y las palabras que ve para, con posterioridad, transformarlas en un código que se asemeje al habla-codificación [35]. De este modo, tenemos lo siguiente:

- *Dislexia*: incapacidad para aprender la escritura con normalidad. Debe evaluarse la dificultad del niño para reconocer y memorizar letras o grupos de letras, falta del orden o ritmo en la colocación así como mala estructuración de las frases. Se reconoce la dislexia evolutiva relacionada con la maduración, de buen pronóstico, y la dislexia sintomática o secundaria, relacionada con problemas neurológicos. Los niños disléxicos suelen presentar un retraso del lenguaje que afecta a los procesos fonológicos, semánticos y sintácticos de la lectoescritura, que se refleja en una comprensión lectora pobre, deficiencia en la lectura expresiva y en la redacción espontánea [3].
- *Disortografía*: problema específico de la escritura. Se da una sustitución u omisión de letras. Tiene causas variables perceptivas, intelectuales, lingüísticas y emocionales.
- *Disgrafía*: trastornos funcionales que afectan a la calidad de la escritura.

Cómo abordarlos

Es básico contar con una historia clínica completa y cuidadosa que nos ayudará a recoger datos sobre la historia evolutiva del desarrollo del niño, antecedentes de embarazo o parto, antecedentes de problemas de lenguaje en la familia, traumas o infecciones adquiridas (meningitis, otitis de repetición), que usualmente indican alteraciones en la audición [36]. Es muy importante conocer el ambiente psicosocial en el que se ha desarrollado el niño, afectivo o no, estimulado o privado de estímulos verbales. No es infrecuente encontrar que hay poco contacto entre padres e hijos. Es conveniente hacer una entrevista con el cuidador del niño. Se debe plantear un examen físico que tienda a descartar trastornos genéticos. Debemos dedicar tiempo para observar al niño jugar e interactuar con las personas de su entorno, a hablar con el niño, hacerle preguntas de acuerdo con su edad, promover su lenguaje para tratar de detectar problemas fonológicos, sintácticos, de prosodia, entre otros, que nos ayuden a clasificarlos.

Se recomienda la aplicación de cuestionarios para padres y maestros y algunas pruebas específicas de lenguaje (test de vocabulario de Boston), el test de desarrollo de Bayley y la evaluación de inteligencia por el psicólogo, cuando sea necesaria [16].

Una vez elaborados los diagnósticos diferenciales y excluidas otras alteraciones, debemos ubicarlos en las esferas de la recepción, de la emisión o como un trastorno mixto. Si el problema reside sólo en la emisión, el niño tiene una comprensión normal; sin embargo, si el defecto está en la recepción se afecta no sólo la comprensión sino también la emisión de la palabra.

Exámenes complementarios

Aun cuando nos impresione que el niño oiga bien, es imperativo un examen de audición. El resto de los estudios será dirigido según las sospechas diagnósticas. El electroencefalograma, en especial en el sueño, es muy importante considerando que algunas patologías del lenguaje se acompañan de alteraciones electroencefalográficas paroxísticas sin tener manifestaciones convulsivas, de lo cual un ejemplo es la afasia epiléptica adquirida o síndrome de Landau-Kleffner [33]. Entre los estudios de neuroimagen, la tomografía axial computarizada es de valor en las alteraciones graves del desarrollo cerebral, por ejemplo en la presencia de calcificaciones que nos hablen de infección intrauterina. La resonancia magnética cerebral es de mucha ayuda diagnóstica

en los problemas de mielinización, algunos de los cuales se acompañan de trastornos de lenguaje.

Manejo del niño con trastornos del lenguaje

El manejo de los problemas del lenguaje lo imparten principalmente los terapeutas del lenguaje. Las técnicas han variado con el tiempo y no hay una técnica única de intervención. Al principio, se usaban las técnicas de repetición de palabras o ejercicios gramaticales. Hoy día, se tiende a utilizar situaciones diarias que promuevan una comunicación natural y que estimulen la socialización, por lo que a menudo se hace en grupos con niños de lenguaje normal y niños con problemas de lenguaje. No es raro en nuestros días comprometer a los padres en la terapia, en especial en la de los preescolares. Es muy moderno el uso de programas de ordenador para mejorar la discriminación auditiva, pero no se ha demostrado que haya un método más eficaz que otro. No obstante, se ha visto la efectividad en el lenguaje al poner en contacto a estos niños con problemas con niños de habla normal [4].

Bibliografía

- Narbona J, Chevrie-Muller C. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. Barcelona: Masson; 2003.
- Castaño J. Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. Rev Neurol 2003; 36: 781-5.
- Mulas F, Etchepareborda MC, Díaz-Lucero A, Ruiz-Andrés R. El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. In Mulas F, ed. Trastornos del lenguaje. Barcelona: Viguera; 2008. p. 57-71.
- Narbona J. El lenguaje del niño y sus perturbaciones. In Fejerman N, Fernández-Álvarez E, eds. Neurología pediátrica. 2 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997. p. 683-93.
- Peralta ME, Narbona J. Retrasos del desarrollo verbal y problemas de aprendizaje escolar: estudio longitudinal. Bordón 1991; 43: 285-98.
- Etchepareborda MC, López-Lázaro M. Estructura citoarquitectónica de las áreas del lenguaje. Rev Neurol 2005; 40 (Supl 1): S103-6.
- Narbona J, Chevrie-Muller C. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 2 ed. Barcelona: Masson; 2001.
- Damasio AR, Damasio H. Brain and language. Sci Am 1992; 267: 63-71.
- Chomsky, N. The minimalist programme: knowledge of language. Its nature, origins and use. Cambridge: MIT Press; 1995.
- Piaget J. El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño. Barcelona: Paidós; 1987.
- Skinner, JB. Verbal behaviour. New York: Appleton Century Crafts; 1957.
- Bruner J. De la comunicación al lenguaje. Infancia y Aprendizaje 1981; 1: 33-63.
- Clemente RA, Villanueva, L. El desarrollo del lenguaje: los prerrequisitos psicosociales de la comunicación. Rev Neurol 1999; 28 (Supl 2): S100-5.
- Ingram TTS. The classification of speech and language disorders in young children. In Rutter M, Martin JAM, eds. The child with delayed speech. Clinics in developmental medicine no. 43. London: William Heinemann Books; 1972. p. 13-32.
- Flores del Águila J. El niño que no habla o que habla mal. Revista Peruana de Neurología 1995. URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neurologia/v01_n2/ni%C3%B1o.htm.
- Artigas J, Rigau E, García-Nonell K. Trastornos del lenguaje. Protocolos diagnósticos terapéuticos 2008 de la Asociación Española de Pediatría. URL: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24-lenguaje.pdf>.
- Tuchman R, Rapin I, Shinnar S. Autistic and dysphasic children: clinical characteristics. Pediatrics 1991; 88: 1211.
- Allen D. Developmental language disorders in preschool children: clinical subtypes and syndromes. Sch Psychol Rev 1989; 18: 442-51.
- Rapin I, Allen DA. Syndromes in developmental dysphasia and adult aphasia. In Plum F, ed. Language, communication, and the brain. New York: Raven Press; 1988: 57-75.
- Allen DA, Rapin I, Wiznitzer M. Communication disorders of preschool children: the physicians responsibility. J Dev Behav Pediatr 1988; 9: 164-70.
- Artigas J. El lenguaje en los trastornos autistas. In Mulas F, ed. Trastornos del lenguaje. Barcelona: Viguera; 2008. p. 171-84.
- Rapin I. Children with brain dysfunction. New York: Raven Press; 1982.
- Bishop M. Autismo, síndrome de Asperger y trastorno semántico-pragmático: ¿dónde están los límites? Br J Disord Commun 1989; 24: 107-21.
- Campos-Castelló J, Briceño-Cuadros S. Trastornos de la comunicación: diagnóstico diferencial. Rev Neurol 2002; 35: 36-44.
- Rutter M. Behavioural and cognitive characteristics of a series of psychotic children. In Wing K, ed. Early childhood autism. Oxford: Pergamon; 1966.
- Rhea P, Chawwaska K, Volkman F. Differentiating ASD from DLD in toddlers. Perspect Lang Learn Educ 2008; 15: 101-11.
- Sánchez-Pina C. Indicadores tempranos de los trastornos del desarrollo del lenguaje. In Asociación Española de Pediatría, ed. Curso de actualización de pediatría 2010. Madrid: Exlibris; 2010. p. 203-4.
- Illingworth RS. El desarrollo infantil en sus primeras etapas normal y patológico. Barcelona: Editorial Médica y Técnica; 1983.
- Vendrell J. Las afasias: semiología y tipos clínicos. Rev Neurol 2001; 32: 980-6.
- Lenneberg E. Basis of language organization. In Lenneberg E, ed. Foundation of language development. New York: Academic Press; 1975.
- Carter R, Hohenegger, P. Aphasia and speech organization in children. Science 1982; 218: 797.
- Matins IP, Ferro JM. Recovery of acquire aphasia in children. Aphasiology 1992; 6: 431.
- Campos J, Moya G, Iduriaga F. Trastornos de la conducta en niños con focos epileptogénicos sin crisis clínicas. Medicina Escolar 1967; 2: 151-62.
- Casas-Fernández C. Lenguaje y epilepsia. In Mulas F, ed. Trastornos del lenguaje. Barcelona: Viguera; 2008. p. 121-38.
- Rivas-Torres RM, Fernández-Fernández P. Dislexia, disortografía y disgrafía. Madrid: Pirámide; 1998.
- Morant A, Hernández S, Mulas F. Actuación neuropsiquiátrica ante el retraso del lenguaje. Rev Neurol Clin 2000; 1: 95-102.

Language disorders. Diagnosis and treatment

Aims. The study reviews language disorders in children. Taking their normal development as the starting point, the work puts forward a differential diagnosis based on the symptoms presented in the moment the patient visited the physician. It also suggests an approach for children with language disorders from the neuropaediatric point of view while also updating the management of some of its forms.

Development. The acquisition of language is one of the key milestones in the development of children. A child's social and intellectual development is affected by delayed acquisition of language and this can give rise to a ongoing effect involving isolation and regression, which tends towards poor academic achievement and, eventually, leads to the development of learning and social problems. There are studies that evidence a close relationship in children between the development of spoken language and written language, as well as the importance of acquiring language as the basis for writing skills. These problems cause a great deal of anxiety in parents.

Conclusions. Knowledge of the problem allows the specialist to detect these children early on in the preschool stage and to ensure they receive the right attention. If treated in time, language learning can be modified to a significant degree, thereby avoiding the complications that affect its development. The specialist working with children must recognise these problems and channel them towards the most suitable therapy.

Key words. Developmental milestones. Differential diagnosis. Language. Learning. Neuropaediatrics. Therapy.